施設名		入所児童名 生 年 月 日	 平成・令和　　年　　月　　日

通院・入院証明書

住　　所　　武雄市　　町大字

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

※病　　名

※期　　間（予定含む）

通院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（週平均　　日）

入院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

自宅療養　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

上記のとおり証明いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関　住　　所
名　　称
医 師 名　　㊞
電話番号

武雄市教育長　様